

Wanda Komorowska-
-Szczeptańska¹, Irena Kaczmarska²

¹ Wydział Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu,
Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku

² NZOZ EterMed, Cedry Wielkie

Znajomość symptomów zaburzeń odżywiania wśród młodzieży gimnazjalnej a ich środowisko wychowawcze

Eating disorders knowledge of symptoms among school students and their education environment

STRESZCZENIE

Wstęp. Zaburzenia odżywiania stały się we współczesnym świecie istotnym, narastającym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym.

Cel badania. Celem pracy jest poznanie poziomu wiedzy na temat symptomów zaburzeń odżywiania wśród młodzieży gimnazjalnej i wpływu środowiska wychowawczego na poziom tej wiedzy.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza anonimowej ankiety wśród 200 uczniów (105 dziewcząt i 95 chłopców) trzecich klas gimnazjalnych w ośmiu szkołach gimnazjalnych: dwóch wiejskich, trzech małomiastewskich i trzech wielkomiejskich w 2013 roku.

Wyniki. Uczniowie gimnazjum prezentują średni poziom wiedzy na temat zaburzeń odżywiania. Płeć, wskaźnik BMI, poziom wykształcenia czy wiek rodziców nie mają istotnego wpływu na poziom wiedzy uczniów o tych zaburzeniach. Respondenci matek pracujących zawodowo mają większy poziom wiedzy. Uczniowie zamieszkujący dużą aglomerację miejską prezentują wyższy zasób wiedzy o zaburzeniach odżywiania niż zamieszkujący środowisko małomiastewskie i wiejskie.

Wnioski. Jak wykazały badania wiedza adolescentów na temat zaburzeń odżywiania jest niewystarczająca. Należy więc zadbać o ich pełniejszą edukację w tym zakresie, zwrócić uwagę na pierwsze objawy choroby oraz na zapobieganie chorobie w populacji dorastającej młodzieży.

Forum Medycyny Rodzinnej 2017, tom 11, nr 1, 32–37

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, młodzież, zachowania żywieniowe

Adres do korespondencji:
dr n. med. Wanda Komorowska-Szczeptańska
Wydział Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu,
Wyższa Szkoła Zarządzania
ul. Pelplińska 7, 80–335 Gdańsk
tel.: 604–772–964
e-mail: wkomorowska@gumed.edu.pl

ABSTRACT

Background. Eating disorders in the today's world have become an important and growing health, social and economic problem.

Objectives. The goal of the study is to learn the level of knowledge about the symptoms of eating disorders among junior high school students and educational environment impact on the level of that knowledge.

Material and methods. The study was conducted with the help of an anonymous questionnaire distributed among 200 students (105 girls and 95 boys), 3rd junior high school year in 8 schools: 2 rural, 3 town and 3 city schools in 2013.

Results. Students of junior high school present an average level of knowledge about eating disorders. Sex, BMI, education level or age of their parents do not have a significant impact on the level of students' knowledge about eating disorders. Respondents who have working mothers present a higher level of knowledge. Students living in a large urban agglomeration present a higher level of knowledge about eating disorders than those living in small-town and rural environments.

Conclusions. Research has shown that adolescents' knowledge about eating disorders is insufficient, therefore more care should be taken of complete education in this field — paying attention to the first symptoms and prevention of disease in the population of adolescents.

Forum Medycyny Rodzinnej 2017, vol 11, no 1, 32–37

Key words: eating disorders, adolescents, feeding behaviour

WSTĘP

Zaburzenia odżywiania to różnorodna grupa problemów, które dotyczą sposobu odniesienia się jednostki do pokarmu, zachowań żywieniowych oraz postrzegania własnego ciała. W obecnym świecie, gdzie kult piękna i szczupłego ciała jest priorytetem, zaburzenia odżywiania stają się coraz częstszym problemem, zwłaszcza u młodych dziewcząt. W związku z procesem akceleracji obserwuje się szybszy rozwój dojrzewania wśród dzieci, a to z kolei powoduje, że zaburzenia odżywiania odnotowuje się u coraz młodszej grupy społeczeństwa. W literaturze wymienia się różne czynniki (biologiczne, psychologiczne, behawioralne czy społeczno-kulturowe) oraz ich wzajemne oddziaływanie na siebie w zależności od wieku pojawienia się pierwszych objawów zaburzenia odżywiania [1]. Wśród najmłodszej grupy na pierwszym miejscu podkreśla się rolę środowiska i rodziny. Według badań BELLA u 23% nastolatków w wieku

14–17 lat odnotowano nieprawidłowe zachowania związane z odżywianiem [2, 3]. Wśród przyczyn wpływających na powstawanie zaburzeń odżywiania u młodzieży wymienia się między innymi zmiany hormonalne czy wzrost tkanki tłuszczowej u dziewcząt, wpływ grup rówieśniczych i wartości, jakie panują w grupie (na przykład bycie szczupłym jako ideał) oraz oczekiwania społeczne [1, 4].

W klasyfikacji DSM-IV z zaburzeń odżywiania znajdują się jadłowstręt psychiczny (AN, *anorexia nervosa*), żarłoczność psychiczna (BN, *bulimia nervosa*) oraz nieokreślone zaburzenia odżywiania się (EDNOS, *eating disorder not other-wise specified*) do tej grupy należą pacjenci z klinicznie istotnymi zaburzeniami odżywiania się oraz skoncentrowani na masie ciała i wyglądzie [5]. W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 wyróżnia się następujące zaburzenia odżywiania: jadłowstręt psychiczny, jadłowstręt psychiczny atypowy, żarłoczność psychiczna atypowa,

przejadanie się związane z innymi czynnikami psychicznymi, wymioty związane z innymi czynnikami psychicznymi, inne zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia odżywiania się nieokreślone [6].

W literaturze możemy znaleźć podział zaburzeń odżywiania na:

- 1) specyficzne zaburzenia odżywiania (AN, BN);
- 2) niespecyficzne zaburzenia odżywiania (*bigorexia*, *orthorexia nervosa*, kompulsywne objadanie się, zespół jedzenia nocnego, otyłość) [7, 8].

Ponieważ zaburzenia odżywiania spotyka się coraz częściej i mogą one niekorzystnie wpływać na rozwój nie tylko fizyczny, ale i psychiczny, bez względu na wiek i płeć, w którym się pojawiają, dlatego nie można ich pomijać w codziennej praktyce lekarskiej.

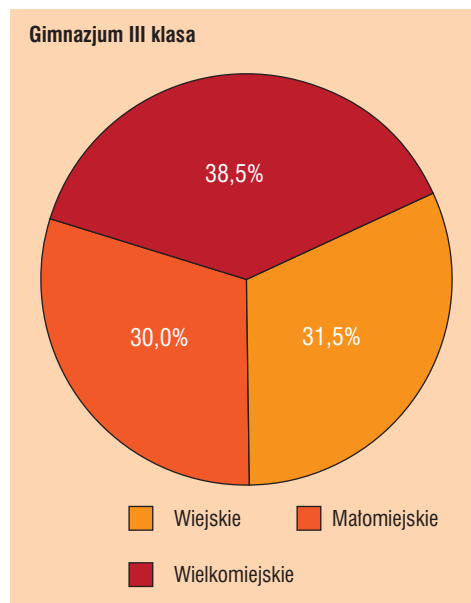
■ Cel badania

Celem pracy jest poznanie poziomu wiedzy na temat symptomów zaburzeń odżywiania wśród młodzieży gimnazjalnej i wpływu środowiska wychowawczego na poziom tej wiedzy.

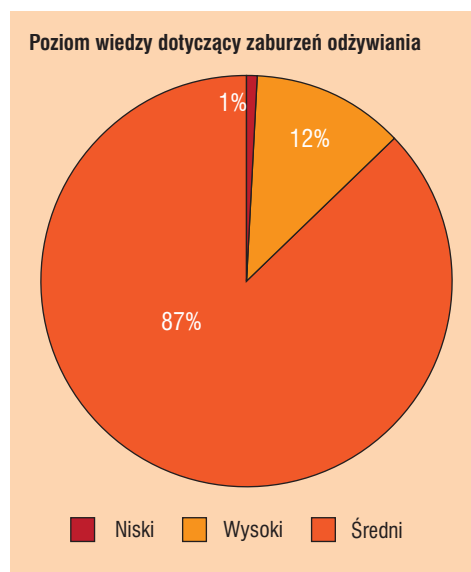
MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza anonimowej ankiety, składającego się z 30 pytań zamkniętych, wśród 200 uczniów (105 dziewcząt i 95 chłopców) trzecich klas gimnazjalnych w ośmiu szkołach gimnazjalnych: dwóch wiejskich, trzech małomiejskich i trzech wielkomiejskich w 2013 roku (ryc. 1).

Przeprowadzone badanie wykazało, że uczniowie prezentują średni zasób wiedzy na temat zaburzeń odżywiania (ryc. 2) oraz że płeć nie wpływa na poziom wiedzy ($Z = -0,709$; $p = 0,479$) posłużono się nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya). Przedstawione wyniki wskazują, że młodzież interesuje się omawianym zagadnieniem, ale należy więcej uwagi poświęcić temu zagadnieniu nie tylko w szkole.



Rycina 1. Rodzaj szkoły



Rycina 2. Procentowy rozkład wiedzy respondentów

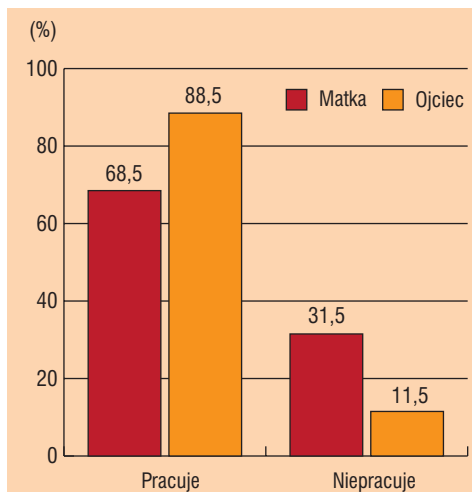
W badanej grupie większa część badanej młodzieży miała prawidłowy wskaźnik masy ciała (73%) (BMI, *body mass index*), tylko u 1,5% stwierdzono otyłość, u 4,5% nadwagę i u 21% niedowagę. Być może dlatego analiza ujawniła, że wskaźnik BMI gimnazjalistów nie koreluje z poziomem wiedzy o zaburzeniach odżywiania ($rHO = 0,060$; $p = 0,397$; nieparametryczny współczynnik korelacji rHO Spearmana).

Następnie analizie poddano wykształcenie rodziców (ryc. 3) i wykazano, że poziom wykształcenia matki ($rHO = 0,110$; $p = 0,119$) i ojca ($rHO = 0,115$; $p = 0,106$) nie koreluje z poziomem wiedzy ankietowanych, czyli wiedza rodziców, bez względu na wykształcenie, jest podobna w zakresie omawianego zagadnienia.

Wykazano natomiast istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem wiedzy badanych na temat zaburzeń odżywiania a zatrudnieniem matek (ryc. 4). Aktywność zawodowa matek wpływa na wyższy poziom wiedzy gimnazjalistów ($Z = -2,672$; $p < 0,05$ test istotności różnic U Manna-Whitneya) oraz że nie ma związku z pracą ojców ($Z = 1,217$; $p = 0,224$). Jednak tej zależności nie stwierdzono w grupie pracujących ojców. Można wnioskować, że pracujące kobiety zwracają większą uwagę na zachowanie prawidłowego stylu życia, w przeciwieństwie do ojców.

Jednak porównując wiek matek i ojców z wiedzą respondentów na temat zaburzeń odżywiania, nie wykazano istotnych różnic pomiędzy wiekiem matki ($rHO = -0,022$; $p = 0,756$) i ojców ($rHO = 0,004$; $p = 0,955$). Większość ankietowanych matek była w wieku 31–40 lat, a ojców 41–50 lat.

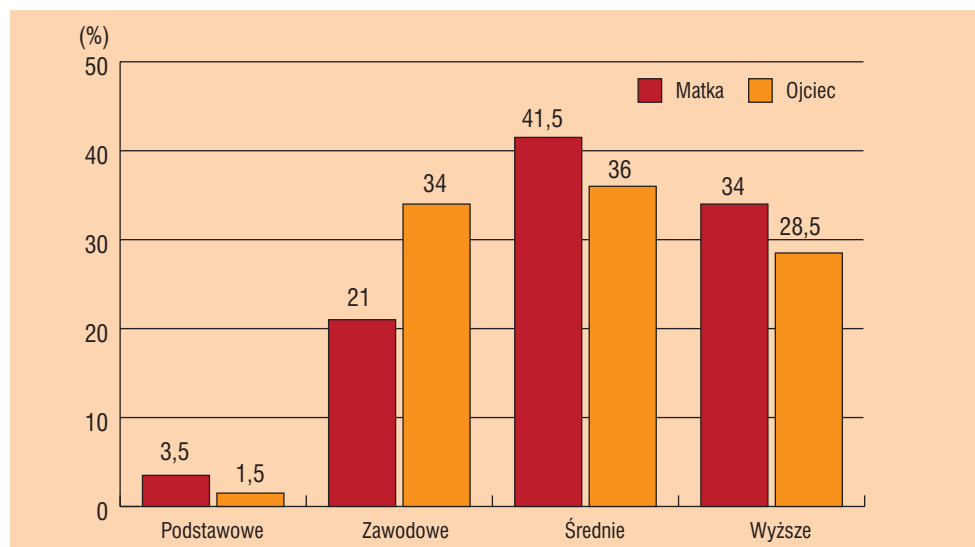
Aby dowiedzieć się, czy miejsce zamieszkania (ryc. 5) wpływa na poziom wiedzy res-



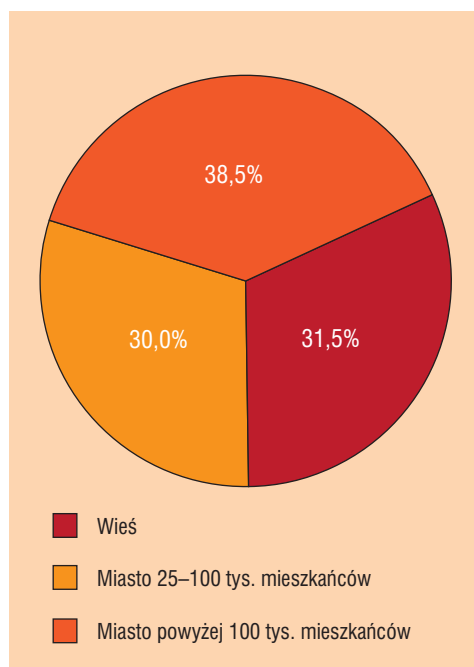
Rycina 4. Procentowy rozkład zatrudnienia rodziców

pondentów na temat zaburzeń odżywiania zastosowano test istotności różnic Kruskala-Wallisa, który wykazał istotne różnice ($X_{2(2)} = 16,67$; $p < 0,05$).

Kolejne wyniki (test *post hoc* Bonferroni-go) ujawniły, że największą wiedzę na temat zaburzeń odżywiania prezentują gimnazjaliści zamieszkujący miasto powyżej 100 tys. mieszkańców $p < 0,05$. Uczniowie zamieszkujący obszar wiejski i miasto od 25–100 tys. mieszkańców posiadają podobny poziom wiedzy $p = 0,614$. Można sądzić, że w większych aglomeracjach na zagadnienia odżywiania zwraca się większą uwagę.



Rycina 3. Wykształcenie rodziców badanej młodzieży



Rycina 5. Miejsce zamieszkania

DISKUSJA

Badania dotyczące znajomości objawów zaburzeń odżywiania są ciągle aktualnym problemem, ale zawsze uważano, że problem dotyczy starszych grup wiekowych i głównie dziewcząt [9]. W literaturze podaje się, że bulimia najczęściej dotyczy 1–3% młodych dziewcząt i kobiet między 15. a 24. rokiem życia. Ale dane mogą być niedokładne, ponieważ u tych osób często spotyka się prawidłową masę ciała lub nadwagę/otyłość. Dodatkowo rozpoznanie utrudnia zaburzone poczucie spostrzegania swojego ciała oraz stosowanie restrykcyjnych diet odchudzających [10, 11]. Przeprowadzone badania wskazują, że problem zaburzeń odżywiania występuje też u chłopców i mężczyzn, przy czym przebieg choroby jest cięższy. Według danych z literatury dotyczy około 0,05–0,2% tej populacji — BN 0,2% i AN 0,05–0,1% [12]. Natomiast problem anoreksji najczęściej pojawia się u dziewcząt między 12. a 19. rokiem życia i występuje z częstością 0,5–1%, a w Polsce 0,8–1,8% wśród dziewcząt poniżej 18. roku życia [10, 13–15]. Niestety w przypadku AN umieralność wynosi 5,7–15% u dziewcząt

przed 24. rokiem życia, między innymi z powodu powikłań wynikających z głodzenia się lub jako wynik samobójstwa [16]. Najprawdopodobniej problem zaburzeń odżywiania będzie narastał, dlatego znajomość pierwszych symptomów choroby oraz jej powikłań jest ważna dla szybkiego rozpoznania.

Najczęściej jako powikłania wymienia się objawy ze strony układu pokarmowego (zaparcia, wzdęcia, zaburzenia czynności wątroby, spowolnienie motoryki żołądka i jelit, hipercholesterolemię), układu moczowego (zwiększone stężenie mocznika we krwi, co zwiększa ryzyko kamicy nerek, wielomocz, utrata ważnych elektrolitów potasu i sodu oraz obrzęki), układu krwiotwórczego (leukopenię, niedokrwistość, małopłytkowość, niedobór żelaza), układu endokrynologicznego (brak miesiączki, impotencja, zaburzenia wzrastania, osteopenia, zaburzenia pracy tarczycy), układu nerwowego (drgawki, zaniki kory mózgowej), układu krążenia (bradykardia, tachykardia, zaburzenia rytmu serca, problem z ciśnieniem tętniczym) [6]. U młodzieży i dzieci często dochodzi do zaburzeń hormonalnych (niedobory estrogenów i tyroksyny, hiperkortyzolemii), co wpływa na kształtowanie się procesów w mózgu oraz na proces dojrzewania płciowego [2].

W literaturze można odnaleźć badania dotyczące stanu wiedzy młodzieży na temat zaburzeń odżywiania, a które nie zawsze wskazują na dobrą znajomość zagadnienia [17, 18]. Autorzy wnioskuje, że edukacja młodzieży jest nieodzownym elementem profilaktyki zaburzeń odżywiania [19, 20]. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że płeć nie ma wpływu na poziom wiedzy młodzieży o zaburzeniach odżywiania. Natomiast badania Marcysiak i wsp. [20] wykazały, że wyższy poziom wiedzy prezentują dziewczęta niż chłopcy.

Wiadomo, że na kształtowanie prawidłowych zachowań odżywiania mają wpływ rodzice, ale przeprowadzone badania tej zależności nie wykazały. Natomiast Szczepańska i wsp. stwierdzili niewielkie różnice pomiędzy wie-

dążą żywieniową pacjentów o różnym poziomie wykształcenia. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi na pytania badające wiedzę stwierdzono u osób z wykształceniem wyższym [21]. Cygankiewicz P. i wsp [22] donoszą, że na lepsze rokowanie w leczeniu zaburzeń odżywiania ma wpływ pozytywna relacja małżeńska i rodzinna oraz niższy poziom niezadowolienia z własnego ciała, a także mniejsze wyjściowe dążenie do szczupłej sylwetki.

Przeprowadzone badania własne wykazały, że miejsce zamieszkania ma wpływ na

stan wiedzy, czego nie potwierdzają badania innych autorów [20].

Jak wykazały badania, wiedza adolescentów na temat zaburzeń odżywiania jest niewystarczająca i dlatego ważna jest edukacja i profilaktyka w każdej grupie wiekowej, aby zapobiec późniejszym powikłaniom. Edukacja powinna mieć swój początek w rodzinie, a najważniejszym źródłem wiedzy powinni być lekarze rodzinni. Więcej informacji na temat prawidłowego odżywiania powinno propagować się wśród młodzieży w środowiskach wiejskich.

PIŚMIENNICTWO

1. Strzelecki W, Cybulski M, Strzelecka M, et al. Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. *Nowiny Lek.* 2007; 76(2): 173–181.
2. Herpetz-Dahlmann B, Buhren K, Remschmidt H. Zaburzenia psychiczne u młodzieży. *Medycyna Praktyczna Padiatria.* 2014; 4: 70–80.
3. Herpetz-Dahlmann B, Wille N, Hölling H, et al. BELLA study group. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 17 Suppl 1: 82–91, doi: [10.1007/s00787-008-1009-9](https://doi.org/10.1007/s00787-008-1009-9), indexed in Pubmed: 19132307.
4. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, et al. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med.* 1990; 20(2): 383–394, indexed in Pubmed: 2356264.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association. C, Washington D.C. 1994.
6. Nicholls D, Grindrod C. Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health.* 2009; 19(2): 60–66, doi: [10.1016/j.paed.2008.10.007](https://doi.org/10.1016/j.paed.2008.10.007).
7. Jakuszowiak K, Cubala WJ. Zespół jedzenia nocnego — rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria.* 2004; 1: 107–111.
8. Chwałczyńska A, Bembek A. Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego. *Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders.* 2010; 6(3): 118–123.
9. Sepulveda A, Carrobes JA, Gandarillas AM. Associated factors of unhealthy eating patterns among Spanish university students by gender. *Span J Psychol.* 2010; 13(1): 364–375, indexed in Pubmed: 20480703.
10. Kędra E. Zaburzenia odżywiania-znak naszych czasów. *Piel Zdr Publ.* 2011; 1(2): 169–175.
11. Gustek S, Jaworski M. Znaczenie interwencji żywieniowej w psychiatrii poznawczo-behavioralnej w bulimii. *Psychiatria i Psychoterapia.* 2011; 7(2-3): 7–21.
12. Carlat DJ, Camargo CA. Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(7): 831–843, doi: [10.1176/ajp.148.7.831](https://doi.org/10.1176/ajp.148.7.831), indexed in Pubmed: 2053621.
13. Józefik B, Wolska M. Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży. Hachette Livre Polska sp. z o.o., Warszawa 2009.
14. Kowalczyk M. Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej. Impuls, Kraków 2008: 16.
15. Bator E, Bronkowska M, Ślepecki D, et al. Anoreksja — przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lek.* 2011; 80(3): 184–191.
16. Bukowska-Posadzy A, Duś-Zchowska M, Cichy W. Jadłowstręt psychiczny z perspektywy pierwszego etapu działań terapeutycznych. *Standardy Medyczne Padiatria.* 2011; 8: 729–735.
17. Ziara K, Pilarz Ł, Szylc J, et al. Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat anorexia nervosa. *Endokr Otyłość i Zab Przem Mat.* 2009; 5(1): 12–18.
18. Dowds J. What do young people think about eating disorders and prevention programmes? Implications for partnerships between health, education and informal youth agencies. *J Ment Health.* 2010; 9(4): 30–41, doi: [10.5042/jpmh.2010.0701](https://doi.org/10.5042/jpmh.2010.0701).
19. Hunt JS, Rothman AJ. College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite.* 2007; 48(3): 289–300, doi: [10.1016/j.appet.2006.05.013](https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.05.013), indexed in Pubmed: 17241690.
20. Marcysiak M, Zagroba M, Kubala M, et al. Wiedza uczniów szkół podkarpackich na temat otyłości a zachowania żywieniowe. *Probl. Pielęg.* 2008. 16; 1, 2: 112–117.
21. Szczepeńska B, Brończyk-Puzoń A, Skrzypek M. Wiedza a wybrane zachowania żywieniowe pacjentów z otyłością w zależności od poziomu ich wykształcenia. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(4): 802–806.
22. Cygankiewicz P, Solecka D, Pilecki MW, et al. Predyktory poprawy objawowej w zaburzeniach odżywiania się. Analiza wstępna. *Psychiatr Pol.* 2012; 76(2): 201–212.